

TARPSEKTORINIS BENDRADARBIAVIMAS SVEIKATOS NETOLYGUMŲ SRITYJE SUINTERESUOTŲJŲ POŽIŪRIU

Gintarė Petronytė, Vaida Aguonytė, Rolanda Valintėlienė

Higienos institutas

Didžioji g. 22, LT-01128 Vilnius, Lietuva

Telefonas (+370 5) 262 4583

Elektroninis paštas gintare.petronyte@hi.lt; rolanda.valinteliene@hi.lt

Ramunė Kalėdienė, Mindaugas Stankūnas

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

A. Mickevičiaus 9, LT-44307 Kaunas, Lietuva

Telefonas (+370 37) 327354

Elektroninis paštas ramune.kalediene@lsmuni.lt; mindaugas.stankunas@lsmuni.lt

Pateikta 2015 m. rugsėjo 19 d., parengta spausdinti 2015 m. gruodžio 10 d.

DOI:10.13165/SPV-16-1-9-02

Santrauka

Straipsnyje analizuojamas tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje, įgyvendinant „Sveikata visose politikose“ principą. Šio straipsnio tikslas – įvertinti ministerijų ir Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų specialistų požiūrį į tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje. 2015 m. kovo – balandžio mėn. atliktas kiekybinis tyrimas, taikant anketinės apklausos metodą. Tyrimo duomenimis, didžioji dalis sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių specialistų pažymėjo apie aktyvų bendradarbiavimą su savo ir ne savo veiklos srityse veikiančiomis įstaigomis, įgyvendinant veiklos kryptis, tačiau šių sektorių specialistai rečiau nurodė apie įstaigų bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje. Sveikatos sektoriaus specialistai pažymėjo, kad jų įstaigos sveikatos netolygumų srityje aktyviai bendradarbiauja su sveikatos sektoriumi, be to, bendradarbiavimas vystomas su socialiu, švietimo bei aplinkos sektoriais. Kitų sektorių specialistai nurodė, kad aktyvus bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje vyksta su socialiniu sektoriumi, taip pat bendradarbiaujama su teisėsaugos bei švietimo sektoriais. Pagrindinėmis tarpsektorinio bendradarbiavimo formos

sveikatos netolygumų srityje išlieka dalyvavimas darbo grupių, komisijų arba komitetų veikloje ir strateginių dokumentų arba teisės aktų rengimas.

Reikšminiai žodžiai: sveikatos netolygumai, tarpsektorinis bendradarbiavimas, sveikata visose politikose, suinteresuotosios institucijos, Lietuva.

Įvadas

Lietuva, lyginant su kitomis Europos Sąjungos šalimis, išsiskiria ryškiais gyventojų sveikatos netolygumais, kuriuos sąlygoja įvairūs sveikatą veikiantys demografiniai, socialiniai, ekonominiai, aplinkos, politiniai ir kiti veiksniai bei kitos priežastys¹. Pasaulio sveikatos organizacija² ir Europos Sąjungos^{3,4} institucijos, atsižvelgdamos į būtinumą mažinti sveikatos netolygus, ragina šalis įgyvendinti „Sveikata visose politikose“ (angl. *Health in All Policies, HiAP*) principą, stiprinant tarpsektorinį bendradarbiavimą ir įsipareigojimus. Įgyvendinant „Sveikata visose politikose“ principą, siekiama įtraukti sveikatos prioritetą į įvairių sektorių politikas bei viešojo valdymo sritis. Sveikatos prioriteto bei sveikatos lygiateisiškumo (angl. *equity in health*) klausimams įtraukti į įvairių sektorių sprendimų priėmimo procesus būtina išplėtoti tarpsektorinį bendradarbiavimą, taip pat įgyvendinti pokyčius viešojo valdymo organizacinėse struktūrose (pvz., Vyriausybėje, įvairius politikos sektorius koordinuojančiose ministerijose ir kitose įstaigose) ir procesuose, siekiant suinteresuotosioms institucijoms aiškiai apibrėžti bei pasiekti prioritetinius tikslus⁵.

Lietuvos gyventojų sveikata ir gerovė tapo įvairių politikos sektorių klausimu, tačiau šalyje ilgą laiką vyrauja sektorinis požiūris į sveikatos klausimų sprendimą⁶. Reikšmingas tampa „Sveikata visose politikose“ principo įgy-

¹ European Commission. Health inequalities in the EU – final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot, 2013 [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf.

² World Health Organization. Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being. 13–15 April 2010, Adelaide [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf?ua=1.

³ Council of European Union. Council Conclusions of 30 November 2006 on Health in All Policies (HiAP). 16167/06.

⁴ Council of the European Union. Council conclusions of 8 June 2010 on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health. Brussels, 9947/10.

⁵ Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E., *et al.* 2006. Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies.

⁶ Viešosios politikos ir vadybos institutas. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizės atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo. Galutinė ataskaita. Vilnius, 2012. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_tarpinstitucinio_bendradarbiavimo_analize.pdf.

vendinimas, kuris pabrėžiamas Lietuvos Respublikos Vyriausybės (toliau – Vyriausybė) bei Lietuvos Respublikos Seimo patvirtintuose strateginiuose dokumentuose, tokiuose kaip, 2014–2010 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliuosiuose prioritetuose „Sveikata visiems“, „Regionų plėtra“⁷ ir jų tarpinstituciniuose veiklos planuose^{8,9}, Lietuvos sveikatos 2014–2025 m. programoje¹⁰. Tačiau minėti ir kiti strateginiai dokumentai formuluojami pagal sektorinę principą ir juose sveikatos priežiūros priemonių įgyvendinimas kryptingai priskiriamas sveikatos sektoriui, nepakankamai aktyviai išitraukiant kitiems sektoriams¹¹. Be to, juose aiškiai neapibrėžti įvairių sektorių išipareigojimai bei integruoti veiksmai sprendžiant sveikatos netolygumų mažinimo klausimus. Šešioliktosios Vyriausybės 2012–2016 m. programoje¹² sveikatos netolygumų mažinimas nėra numatytas prioritetine veiklos kryptimi, tačiau ministerijos ir Vyriausybės įstaigos teisės aktais pavestose viešojo valdymo srityse užtikrina šios programos nuostatų įgyvendinimą, formuluodamos strateginių veiklos planų programų tikslus, uždavinius, planuodamos ir įgyvendindamos priemones, tarp jų prisidedančias prie sveikatos netolygumų mažinimo. Nepaisant viešojo valdymo įstaigų veiksmų, prisidedančių prie sveikatos netolygumų mažinimo bei politinių siekių įgyvendinti „Sveikata visose politikose“ principą, šalyje netaikomas „Sveikata visose politikose“ įgyvendinamo modelis¹³, be to, vienu iš pagrindinių iššūkių išlieka tarpsektorinis bendradarbiavimas, kuris leidžia atskiriems sektoriams veiksmingiau įgyvendinti strateginius tikslus ir tarpsektorinius veiksmus, abipusiai naudingus įvairiems sektoriams ir jų politikai, kuriuos sudėtinga įgyvendinti atskirose politikos srityse vykdomomis priemonėmis. Šio tyrimo tikslas – įvertinti ministerijų ir Sveikatos apsaugos ministerijai pavaldžių įstaigų specialistų požiūrį į tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje.

⁷ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „2014–2010 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 144–7430.

⁸ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. 293 „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 04113.

⁹ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. vasario 19 d. nutarimas Nr. 172 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 2026.

¹⁰ Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 9403.

¹¹ Viešosios politikos ir vadybos institutas., *supra* note 6.

¹² Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 149–7630.

¹³ Pukinaitė, V. Palankios dimensijos taikyti „Sveikata visose politikose“ strategiją. *Sveikatos politika ir valdymas*. 2015, 1 (8): 7–28.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Higienos institutas kartu su Lietuvos sveikatos mokslų universitetu, įgyvendindamas 2009–2014 m. Norvegijos finansinio mechanizmo programos Nr. LT11 „Visuomenės sveikatai skirtos iniciatyvos“ projektą „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“ (NOR-LT11-SAM-01-TF-02-001)¹⁴, 2015 m. kovo – balandžio mėn. atliko kiekybinį tyrimą, taikant anketinės apklausos metodą. Šiame straipsnyje analizuojami 23–71 metų (amžiaus vidurkis – $41,76 \pm 12,48$ metų) 202 specialistų, tyrimo atlikimo metu dirbusių Lietuvos Respublikos švietimo ir mokslo ministerijoje (toliau – Švietimo ir mokslo ministerija), Lietuvos Respublikos aplinkos ministerijoje (toliau – Aplinkos ministerija), Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministerijoje (toliau – Socialinės apsaugos ir darbo ministerija), Lietuvos Respublikos susisiekimo ministerijoje (toliau – Susisiekimo ministerija), Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerijoje (toliau – Sveikatos apsaugos ministerija) ir jai pavaldžiose įstaigose vykdančiose (Ekstremalių sveikatai situacijų centras) ir nevykdančiose (Sveikatos mokymo ir ligų prevencijos centras, Higienos institutas, Valstybinis psichikos sveikatos centras, Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras) viešojo administravimo funkcijas, duomenys. Tarp tyrimo dalyvių 3,5 proc. ($n=7$) buvo įstaigų vadovai arba jų pavaduotojai, atitinkamai – 31,7 proc. ($n=64$) įstaigų struktūrinių padalinių vadovai arba jų pavaduotojai ir 64,9 proc. ($n=131$) įstaigų specialistai. Vidutinis tyrimo dalyvių darbo stažas įstaigose – $9,60 \pm 8,72$ metų, atitinkamai – darbo stažas viešajame sektoriuje $15,19 \pm 11,35$ metų.

Tyrimo dalyviai vykdė įvairias funkcijas valstybinėse įstaigose, kurios, atsižvelgiant į jų valdymo ir administravimo sritis, analizėje priskirtos sektoriams: sveikatos sektorius (Sveikatos apsaugos ministerija ir jai pavaldžios įstaigos, $n=131$) ir kiti sektoriai (Švietimo ir mokslo ministerija, Aplinkos ministerija, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija ir Susisiekimo ministerija, $n=71$). Tyrimas atliktas šių įstaigų tikslingai atrinktuose departamentuose ir (ar) skyriuose, kurių funkcijos tiesiogiai susijusios su strateginiu planavimu, politikos formavimu ir (ar) planavimu bei įgyvendinimu priemonių, prisidedančių prie sveikatos netolygumų mažinimo. Tyrime taikytas Higienos instituto ir Lietuvos sveikatos mokslų universiteto specialistų parengtas klausimynas, kurio klausimų blokas apie bendradarbiavimą plačiau analizuojamas šiame straipsnyje.

Duomenų analizei naudotas SPSS for Windows statistinis paketas (22.0 versija). Taikyta aprašomoji statistika: atvejų dažniai (procentai), vidurkiai ir standartiniai nuokrypiai (SN). Požymių statistiniai ryšiai vertinti taikant *chi* kvadra-

¹⁴ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Projektas „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: <http://www.sam.lt/index.php?1640440998>.

to (χ^2) kriterijų. Hipotezėms tikrinti pasirinktas reikšmingumo lygmuo $p < 0,05$. Kai klausimyno klausimų atsakymai specialistų, buvo vertinami penkiabalėje skalėje, analizuojant duomenis buvo taikomas standartinio normaliojo skirstinio z įvertis. Tai normavimo skalė, kurioje vidurkis visuomet yra lygus 0, o standartinis nuokrypis lygus 1. Teigiami z įverčiai rodo nuokrypį nuo normavimo vidurkio į palankių vertinimų sritį, o atitinkamai neigiami z įverčiai rodo nuokrypį į nepalankių vertinimų sritį. Šioje analizėje teigiami z įverčiai rodo, jog specialistai vertino gerokai aukščiau už vidutinį įvertį, t. y., palankiai, o neigiami z įverčiai rodo, jog specialistai vertino gerokai kritiškiau už vidutinį įvertį, t. y., labai nepalankiai.

Tyrimo rezultatai

Bendradarbiavimas su kitomis įstaigomis įgyvendinant veiklos kryptis

59,5 proc. ($n=126$) sveikatos sektoriaus ir 75,4 proc. ($n=69$) kitų sektorių specialistų nurodė, kad jų įstaigos, vykdydamos teisės aktais priskirtas funkcijas, savo veiklos kryptis derina su kitų įstaigų veiklos kryptimis, atitinkamai – 27,0 ir 20,3 proc. – kad veiklos kryptys iš dalies derinamos su kitomis įstaigomis. Maža dalis sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių specialistų pažymėjo, kad jų įstaigų veiklos kryptys nederinamos su kitomis įstaigomis (atitinkamai – 2,4 ir 1,4 proc.). 11,1 proc. sveikatos sektoriaus ir 2,9 proc. kitų sektorių specialistų negalėjo atsakyti apie jų įstaigų veiklos kryptį derinimą su kitomis įstaigomis ($p=0,094$).

64,3 proc. ($n=126$) sveikatos sektoriaus ir 74,3 proc. ($n=70$) kitų sektorių specialistų nurodė, kad jų įstaigos, įgyvendindamos veiklos kryptis aktyviai bendradarbiauja su savo ir ne savo veiklos srityse veikiančiomis įstaigomis, atitinkamai – 29,4 ir 25,7 proc. – kad aktyviai bendradarbiauja su savo veiklos srityje veikiančiomis įstaigomis. Tik maža dalis (2,4 proc.) sveikatos sektoriaus specialistų pažymėjo apie aktyvų bendradarbiavimą su ne savo veiklos srityje veikiančiomis įstaigomis. 4 proc. sveikatos sektoriaus specialistų nurodė, kad jų įstaiga, įgyvendindama veiklos kryptis, nebendradarbiauja su kitomis įstaigomis ($p=0,150$).

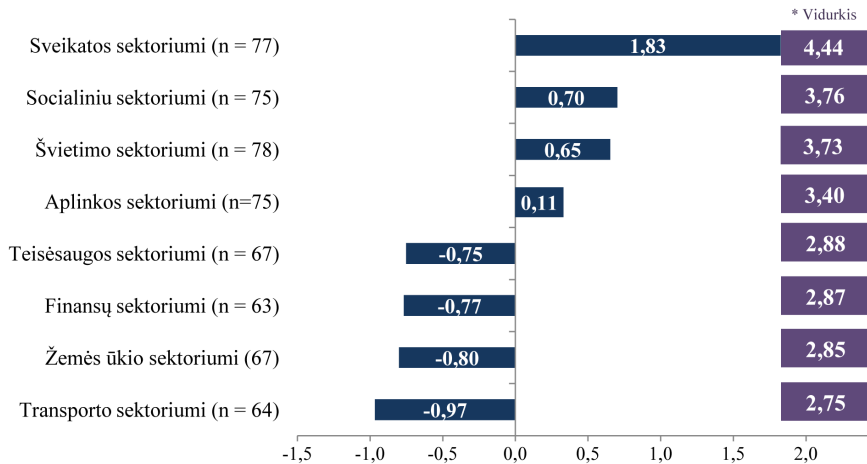
Tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos netolygumų mažinimo srityje

35,4 proc. ($n=127$) sveikatos sektoriaus ir 28,2 proc. ($n=71$) kitų sektorių specialistų pažymėjo, kad jų įstaigos bendradarbiauja su kitais sektoriais sveikatos netolygumų srityje, atitinkamai – 22,8 ir 26,8 proc. – kad iš dalies bendradarbiauja su kitais sektoriais šioje srityje. Maža dalis sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių specialistų nurodė, kad jų įstaigos nebendradarbiauja su kitais sektoriais

sveikatos netolygumų srityje (atitinkamai – 10,2 ir 4,2 proc.). 31,5 proc. sveikatos sektoriaus ir 40,8 proc. kitų sektorių specialistų negalėjo atsakyti apie tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje ($p=0,241$).

Analizuojant tarpsektorinio bendradarbiavimo formas, nustatyta, kad daugiau sveikatos sektoriaus specialistų, lyginant su ir kitų sektorių, nurodė, kad jų įstaigos bendradarbiauja su kitais sektoriais sveikatos netolygumų srityje dalyvaudamos darbo grupių, komisijų arba komitetų veikloje (atitinkamai – 93,2 ($n=82$) ir 67,4 proc. ($n=31$); $p=0,001$). 76,1 proc. ($n=67$) sveikatos sektoriaus ir 65,2 ($n=30$) kitų sektorių specialistų pažymėjo, kad įstaigos bendradarbiauja su kitais sektoriais rengdamos strateginius dokumentus bei teisės aktus ($p=0,179$), atitinkamai – 54,5 ($n=48$) ir 52,2 ($n=24$) – kad rengdamos ir įgyvendindamos tarpinstitucinius veiklos planus ($p=0,794$). 6,8 proc. ($n=6$) sveikatos sektoriaus ir 20,0 proc. ($n=9$) kitų sektorių specialistų nurodė kitas bendradarbiavimo su kitais sektoriais formas kaip įvairių programų, projektų, veiksmų planų įgyvendinimas.

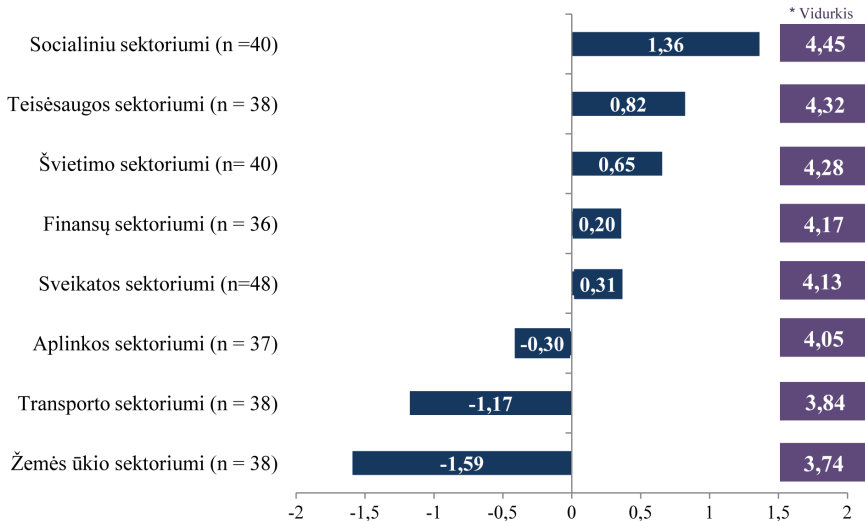
Sveikatos sektoriaus specialistai pažymėjo, kad jų įstaigos sveikatos netolygumų srityje aktyviai bendradarbiauja su sveikatos sektoriumi, be to, bendradarbiaujama su socialiu, švietimo bei aplinkos sektoriais, tuo tarpu silpnas bendradarbiavimas vyksta su transporto, žemės ūkio, finansų ir teisėsaugos sektoriais (1 pav.).



Skalė nuo 0 iki 5, čia: 0 – nėra bendradarbiavimo iki 5 – aktyvus bendradarbiavimas

1 pav. Sveikatos sektoriaus specialistų požiūris į tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje (z įverčiai ir vidurkiai)

Kitų sektorių specialistai nurodė, kad jų įstaigos sveikatos netolygumų srityje aktyviai bendradarbiauja su socialiniu sektoriumi, be to, bendradarbiavimas vystomas su teisėsaugos bei švietimo sektoriais, tuo tarpu silpnas bendradarbiavimas vyksta su žemės ūkio, transporto ir aplinkos sektoriais (2 pav.).



Skalė nuo 0 iki 5, čia: 0 – nėra bendradarbiavimo iki 5 – aktyvus bendradarbiavimas

2 pav. Kitų sektorių specialistų požiūris į tarpsektorinį bendradarbiavimą sveikatos netolygumų srityje (ž žverčiai ir vidurkiai)

Rezultatų aptarimas

Pasaulio sveikatos organizacija pabrėžia būtinumą įvairių sektorių politikos priemonės ir veiksmus nukreipti į sveikatos netolygumus sąlygojančių socialinių veiksnių valdymą, kuris šalims leidžia siekti sveikatos lygiateisiškumo¹⁵. Šalių vyriausybių taikytos sveikatos lygiateisiškumą užtikrinančios priemonės nedavė lauktų rezultatų dėl neišplėtotų kitų sektorių veiksmus įtraukiančių strategijų¹⁶.

¹⁵ World Health Organization. Rio political declaration on social determinants of health. The world conference on social determinants of health, Rio de Janeiro Brasil, 21 October 2011. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1.

¹⁶ World Health Organization. Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, 2014.

Lietuvoje kaip ir kitos šalyse sveikatos klausimų įtraukimas į įvairių politikos sektorių darbotvarkes, įgyvendinant tarpsektorinius veiksmus, išlieka iššūkiu ir reikalauja įvairių sektorių politikos suderinamumo, taip pat aiškaus tarpsektorinių veiksmų koordinavimo bei įgyvendinimo mechanizmo. Daugelis šalių susiduria su tarpsektorinio bendradarbiavimo kliūtimis, tokiomis kaip, sveikatos sektoriaus ir kitų sektorių tikslų nesuderinamumas, sveikatos prioriteto nepakankamas integravimas į kitų sektorių politikas, sektorinės politikos požiūris (Sveikatos apsaugos ministerijos valdymo sritis), įrodymų stygius ir kt.¹⁷ Šalių viešojo valdymo institucijos, bendradarbiaudamos su kitais sektoriais, įgyvendinant „Sveikata visose politikose“ principą, taiko įvairius valdymo įrankius, kurie skirstomi į organizacines struktūras (įstaigų padaliniai, komitetai, tinklai), procesus (planavimas, prioritetų nustatymas, vertinimas), finansines (finansavimo mechanizmai) bei teises (teisės aktai, sutartys) priemones¹⁸. Daugelyje šalių taikomas poveikio sveikatai vertinimas (angl. *health impact assessment*) kaip „Sveikata visose politikose“ principo įgyvendinimo įrankis¹⁹.

Atliktas vienas pirmųjų tyrimų šalyje atskleidė tarpsektorinio bendradarbiavimo sveikatos netolygumų klausimais aktualijas bei išryškino problemines sritis. Sveikatos apsaugos ministerija formuoja ir įgyvendina sveikatos netolygumų mažinimo politiką. Ji sveikatos netolygumų klausimams spręsti taiko politines priemones ir koordinuoja jų įgyvendinimą. Pavyzdžiui, Sveikatos apsaugos ministro patvirtintame sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plane numatytos strateginės kryptys, priemonės, jų vykdytojai bei ištekčiai, kurių įgyvendinimas leistų sumažinti konkrečių šalies regionų (teritorijų) bei tikslinių socialinių grupių sveikatos netolygumus bei didinti sveikatos priežiūros paslaugų prieinamumą²⁰. Tačiau Sveikatos apsaugos ministerijai stinga politinės lyderystės, įtraukiant ir telkiant kitus sektorius sveikatos netolygumų mažinimo srityje. Stipri politinė lyderystė įgalina inicijuoti ir įgyvendinti tarpsektorinius veiksmus²¹. Šie veiksmai efektyvūs, kai tuo pačiu metu įgyvendinami visais lygmenimis (valstybės, regiono ir vietos) ir šių lygmenų vykdoma veikla paremta politika ir teisėkūra²². Be to, efektyviam tarpsektorinių veiksmų

¹⁷ Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E., *et al.*, *supra* note 5.

¹⁸ St-Pierre, L.; Hamel, G.; Lapointe G., *et. al.* 2009. Governance tools and framework for health in all policies. Quebec: National Collaborating Centre for Health Public Policy.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“. *Teisės akty registras*. 2014, Nr. 10332.

²¹ MCQueen, DV.; Wismar, M.; Lin, V., *et al.* 2012. Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experience. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

²² Barr, V.; Pedersen, S.; Pennock, M.; Rootman, I. 2008. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Public Health Agency of Canada, World Health Organization.

valdymui būtinos šios prielaidos: politinė valia, partnerystė ir suinteresuotųjų grupių įtraukimas, lyderystė, sveikatos klausimų politinis aktualumas ir jų savalaikis sprendimas, politinės ir kitos aplinkybės (kontekstas) ir finansiniai ištekliai²³.

Ministerijos pavestose valdymo srityse rengia tarpinstitucinius veiklos planus²⁴, kuriuos įgyvendinant taikomi tarpsektoriniai veiksmai. Tarpinstituciniai veiklos planai sustiprina įvairius politikos sektorius koordinuojančių ministerijų bendradarbiavimą, tačiau juose numatytų priemonių į kurias sąlyginai įtraukiamas sveikatos prioritetas, įgyvendinimas gali neduoti laukiamų rezultatų. Pažymėtina, kad įvairius politikos sektorius koordinuojančios ministerijos be tarpinstitucinių veiklos planų (iki 2010 m. rugsėjo 1 d. tarpinstitucinių programų)²⁵ rengia strateginius dokumentus ir teisės aktus, reikšmingus gyventojų sveikatos prioriteto bei sveikatos netolygumų mažinimo atžvilgiu, be to, juos įgyvendinant, Sveikatos apsaugos ministerija užima partnerio poziciją. Pavyzdžiui, Socialinės apsaugos ir darbo ministerija koordinuoja socialinės įtraukties didinimo 2014–2020 m. veiksmų plano²⁶ įgyvendinimą arba vykdomi aplinkos oro kokybės vertinimą ir valdymą^{27,28} reglamentuojantys teisės aktai, priskiriami Aplinkos ministerijos ir Sveikatos apsaugos ministerijų valdymo sritims.

Remiantis tarpinstitucinių programų įgyvendinimo analize, Sveikatos apsaugos ministerijos ir jai pavaldžių įstaigų išplėtotas bendradarbiavimas su Socialinės apsaugos ir darbo ministerija bei Švietimo ir mokslo ministerija, tuo tarpu Sveikatos apsaugos ministerija nebuvo ištrauksi į Finansų ministerijos, Žemės ūkio ministerijos ir kitų tiesiogiai nesusijusių su sveikatos sritimi ministerijų programų įgyvendinimą. Sveikatos apsaugos ministerijai tampa aktualu plėtoti bendradarbiavimą su ministerijomis ir joms pavaldžiomis įstaigomis,

²³ MCQueen, DV.; Wismar, M.; Lin, V., *el al., op. cit.*

²⁴ Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. rugpjūčio 25 d. nutarimas Nr. 1220 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimo Nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 102–5279.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. spalio 22 d. įsakymas Nr. A1-588 „Dėl socialinės įtraukties didinimo 2014–2020 m. veiksmų plano patvirtinimo“. [žiūrėta 2015-09-07]. Prieiga internete: http://www.socmin.lt/public/uploads/233_veiksmu_planas_2014-2020_bendras.pdf.

²⁷ Lietuvos Respublikos aplinkos ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 7 d. įsakymas. Nr. D1-585/V-611 „Dėl aplinkos ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 11 d. įsakymo Nr. 591/640 „Dėl aplinkos oro užterštumo normų nustatymo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr.82–4364.

²⁸ Lietuvos Respublikos aplinkos ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. D1-803/v-1065 „Dėl aplinkos ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gegužės 26 d. įsakymo Nr. D1-265/V-436 „Dėl Visuomenės ir suinteresuotų institucijų informavimo apie aplinkos oro užterštumo lygius, viršijančius pavojaus ar informavimo slenksčius, tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 157–7111.

kurių koordinuojamos politikos svarbios įgyvendinant „Sveikatos visose politikose“ principą: Aplinkos ministerija, Susisiekimo ministerija ir Žemės ūkio ministerija²⁹.

Remiantis atlikto tyrimo duomenimis, sveikatos ir kiti sektoriai, vykdydami teisės aktais priskirtas funkcijas, aktyviai bendradarbiauja, derindami ir įgyvendindami veiklos kryptis, tačiau tarpsektorinis bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje nepakankamai išvystytas. Be to, pagrindine tarpsektorinio bendradarbiavimo forma sveikatos netolygumų srityje išlieka įvairių sektorių atstovų dalyvavimas darbo grupių, komisijų arba komitetų veikloje. Remiantis tyrimo duomenimis, keliama prielaida, kad tarpsektorinio bendradarbiavimo plėtrą riboja ir galiojantys teisės aktai, kurie neįpareigoja kitų sektorių mažinti sveikatos netolygumų, be to, šioje srityje stinga politinės valios ir kryptingų sprendimų Vyriausybės lygmeniu.

Atliktame tyrime išryškėjo, kad Sveikatos sektorius sveikatos netolygumų srityje aktyviau bendradarbiauja su kitais sektoriais, kurie įgyvendina integruotos politikos priemonės (socialinė politika, švietimo politika, aplinkos politika) ir jų veiklos sritys susijusios su sveikatos sritimi. „Kietųjų“ ir „minkštųjų“ priemonių derinimas, apimantis įstatymų, memorandumų arba sutarčių laikymąsi, konsultavimą, reguliavimą ar bendrųjų rodiklių stebėseną, leidžia įtraukti mažiau bendros veiklos sąsajų turinčius sektorius³⁰.

Mokslo pagrįstų įrodymų apie šalyse taikomą veiksmingą tarpsektorinį bendradarbiavimą valdant sveikatos netolygumus sąlygojančius veiksnius^{31,32,33} ir siekiant sveikatos lygiateisiškumo, įvairių bendradarbiavimo įrankių efektyvumą³⁴ stinga, tačiau „Sveikata visose politikose“ principo taikymas sveikatos sektoriui suteikia atsakomybę už kitų politikos sektorių dienotvarkių išmanymą, tinkamų bendradarbiavimo įrankių parinkimą, pagrįstų politikos strategijų bei priemonių įgyvendinimą³⁵. Šiems veiksams įgyvendinti sveikatos sektoriui būtinos žinios, gebėjimai vystant tarpsektorinį dialogą ir koordinuotą tarpsektorinę politiką bei aiškiai reglamentuotas atskaitomybės mechanizmas³⁶.

²⁹ Viešosios politikos ir vadybos institutas., *supra* note 6.

³⁰ Pukinaitė, V., *supra* note 13.

³¹ Shankardass, K.; Solar, O.; Murphy, K., *et al.* 2012. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*. 57:25–33.

³² Ndumbe-Eyoh, S.; Moffat, H. 2013. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 13:1056.

³³ Chircop, A.; Bassett, R.; Taylor, E. 2015. Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Critical Public Health*. 25(2): 178–191.

³⁴ St-Pierre, L.; Hamel, G.; Lapointe G., *et. al.*, *supra* note 18.

³⁵ Pukinaitė, V., *supra* note 13.

³⁶ Leppo, K.; Ollila, E.; Pena, S., *et al.* 2013. Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.

Išvados

1. 59,5 proc. (n=126) sveikatos sektoriaus ir 75,4 proc. (n=69) kitų sektorių specialistų nurodė, kad jų įstaigos, vykdydamos teisės aktais priskirtas funkcijas, savo veiklos kryptis derina su kitų įstaigų veiklos kryptimis (p=0,094). Didžioji dalis sveikatos sektoriaus (64,3 proc.) ir kitų sektorių (74,3 proc.) specialistų pažymėjo apie aktyvų bendradarbiavimą su savo ir ne savo veiklos srityse veikiančiomis įstaigomis įgyvendinant veiklos kryptis (p=0,150).
2. Apie trečdalis sveikatos sektoriaus (35,4 proc., n=127) ir kitų sektorių (28,2 proc., n=71) specialistų pažymėjo apie jų įstaigų bendradarbiavimą su kitais sektoriais sveikatos netolygumų srityje (p=0,241). Sveikatos sektoriaus specialistai nurodė, kad jų įstaigos sveikatos netolygumų srityje aktyviai bendradarbiauja su sveikatos sektoriumi, be to, bendradarbiavimas vyksta su socialiu, švietimo bei aplinkos sektoriais. Kitų sektorių specialistai pažymėjo, kad aktyvus bendradarbiavimas sveikatos netolygumų srityje vyksta su Socialiniu sektoriumi, taip pat bendradarbiaujama su teisėsaugos bei švietimo sektoriais.
3. Pagrindinėmis tarpsektorinio bendradarbiavimo formos sveikatos netolygumų srityje yra dalyvavimas darbo grupių, komisijų arba komitetų veikloje ir strateginių dokumentų arba teisės aktų rengimas.

Padėka

Straipsnio autoriai dėkoja įstaigų vadovams ir specialistams už bendradarbiavimą bei dalyvavimą tyrime, taip pat įstaigų deleguotiems atstovams už konsultavimą ir tyrimo atlikimo koordinavimą.

Literatūra

1. Barr, V.; Pedersen, S.; Pennock, M.; Rootman, I. 2008. Health equity through intersectoral action: an analysis of 18 country case studies. Public Health Agency of Canada, World Health Organization.
2. Chircop, A.; Bassett, R.; Taylor, E. 2015. Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: a scoping review. *Critical Public Health*. 25(2): 178–191.
3. Council of European Union. Council Conclusions of 30 November 2006 on Health in All Policies (HiAP). 16167/06.
4. Council of the European Union. Council conclusions of 8 June 2010 on Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health. Brussels, 9947/10.
5. European Commission. Health inequalities in the EU – final report of a consortium. Consortium lead: Sir Michael Marmot. 2013. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf.

6. Leppo, K.; Ollila, E.; Pena, S., *et al.* 2013. Health in All Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
7. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2010 m. rugpjūčio 25 d. nutarimas Nr. 1220 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2002 m. birželio 6 d. nutarimo nr. 827 „Dėl strateginio planavimo metodikos patvirtinimo pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010. Nr. 102–5279.
8. Lietuvos Respublikos aplinkos ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. liepos 7 d. įsakymas. Nr. D1-585/V-611 „Dėl aplinkos ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2001 m. gruodžio 11 d. įsakymo Nr. 591/640 „Dėl aplinkos oro užterštumo normų nustatymo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr.82–4364.
9. Lietuvos Respublikos aplinkos ministro ir Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2009 m. gruodžio 24 d. įsakymas Nr. D1-803/v-1065 „Dėl aplinkos ministro ir sveikatos apsaugos ministro 2005 m. gegužės 26 d. įsakymo Nr. D1-265/V-436 „Dėl Visuomenės ir suinteresuotų institucijų informavimo apie aplinkos oro užterštumo lygius, viršijančius pavojaus ar informavimo slenksčius, tvarkos aprašo patvirtinimo“ pakeitimo“. *Valstybės žinios*. 2010, Nr. 157–7111.
10. Lietuvos Respublikos Seimo 2012 m. gruodžio 13 d. nutarimas Nr. XII-51 „Dėl Lietuvos Respublikos Vyriausybės programos“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 149–7630.
11. Lietuvos Respublikos Seimo 2014 m. birželio 26 d. nutarimas Nr. XII-964 „Dėl Lietuvos sveikatos 2014–2025 metų programos patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 9403.
12. Lietuvos Respublikos socialinės apsaugos ir darbo ministro 2013 m. spalio 22 d. įsakymas Nr. A1-588 „Dėl socialinės įtraukties didinimo 2014–2020 m. veiksmų plano patvirtinimo“ [žiūrėta 2015-09-07]. Prieiga internete: http://www.socmin.lt/public/uploads/233_veiksmu_planas_2014-2020_bendras.pdf.
13. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministerija. Projektas „Sveikatos netolygumų nustatymo ir mažinimo gebėjimų stiprinimo modelio sukūrimas“. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: <http://www.sam.lt/index.php?1640440998>.
14. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2014 m. liepos 16 d. įsakymas Nr. V-815 „Dėl sveikatos netolygumų mažinimo Lietuvoje 2014–2023 m. veiksmų plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 10332.
15. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2012 m. lapkričio 28 d. nutarimas Nr. 1482 „2014–2010 metų nacionalinės pažangos programos patvirtinimo“. *Valstybės žinios*. 2012, Nr. 144-7430.
16. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. kovo 26 d. nutarimas Nr. 293 „Dėl 2014–2020 m. nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Sveikata visiems“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 04113.
17. Lietuvos Respublikos Vyriausybės 2014 m. vasario 19 d. nutarimas Nr. 172 „Dėl 2014–2020 metų nacionalinės pažangos programos horizontaliojo prioriteto „Regioninė plėtra“ tarpinstitucinio veiklos plano patvirtinimo“. *Teisės aktų registras*. 2014, Nr. 2026.
18. MCQueen, DV.; Wismar ,M.; Lin, V., *et al.* 2012 Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experience. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.

19. Ndumbe-Eyoh, S.; Moffat, H. 2013. Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health*. 13:1056.
20. Pukinaitė, V. 2015. Palankios dimensijos taikyti „Sveikata visose politikose“ strategiją. *Sveikatos politika ir valdymas*. 1 (8): 7–28.
21. Shankardass, K.; Solar, O.; Murphy, K., *et al.* 2012. A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*. 57:25–33.
22. Ståhl, T.; Wismar, M.; Ollila, E., *et al.* 2006. Health in All Policies: prospects and potentials. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies.
23. St-Pierre, L.; Hamel, G.; Lapointe G., *et al.* 2009. Governance tools and framework for health in all policies. Quebec: National Collaborating Centre for Health Public Policy.
24. Viešosios politikos ir vadybos institutas. Tarpinstitucinio bendradarbiavimo analizė atlikimo, analogiškos patirties ES šalyse ir esamos teisinės bazės Lietuvoje įvertinimo. Galutinė ataskaita. Vilnius, 2012. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.esparama.lt/es_parama_pletra/failai/ESFproduktai/2012_tarpinstitucinio_bendradarbiavimo_analize.pdf.
25. World Health Organization. Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region. Copenhagen: World Health Organization, 2014.
26. World Health Organization. Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and well-being. 13–15 April 2010, Adelaide [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf?ua=1.
27. World Health Organization. Rio political declaration on social determinants of health. The world conference on social determinants of health, Rio de Janeiro Brasil, 21 October 2011. [žiūrėta 2015-09-02]. Prieiga internete: http://www.who.int/dhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1.

Stakeholders' attitudes towards intersectoral collaboration in the area of health inequalities

Gintarė Petronytė, Vaida Aguonytė, Rolanda Valintėlienė

Higienos institutas, Lithuania

Ramunė Kalėdienė, Mindaugas Stankūnas

Lithuanian university of Health sciences, Lithuania

Summary. *This article focuses on inter-sectoral collaboration in the area of health inequalities by implementing health in all policies approach. The aim of the study was to assess the attitudes of the specialists of different ministries and institutions subordinated to the Ministry of Health towards inter-sectoral collaboration in health inequalities. A cross sectional questionnaire survey was performed in March–April, 2015. Based on the results, the most of specialists of the health and non-health sectors noted about close collaboration with institutions operating in the same and different areas in order*

to implement institutional actions, however, specialists of both sectors rarely reported institutional collaboration in the area of health inequalities. Specialists of the health sector emphasized strong institutional collaboration within the health sector in health inequalities, besides, they collaborated with social, education and environmental sectors. Non-health sector institutions were involved in strong collaboration with social sector moreover they collaborated with justice and education sectors. The main forms of inter-sectoral collaboration in reducing health inequalities were participation in working groups, commissions or committees and development of strategic documents or legislation.

Keywords: *health inequalities, inter-sectoral collaboration, health in all policies, stakeholders, Lithuania.*

Gintarė Petronytė, biomedicinos mokslų daktarė, Higienos instituto visuomenės sveikatos technologijų centras. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos technologijų vertinimas, sveikatos sistemos tyrimai, sveikatos politika.

Vaida Aguonytė, Higienos instituto visuomenės sveikatos technologijų centras.

Rolanda Valintėlienė, biomedicinos mokslų daktarė, Higienos instituto visuomenės sveikatos technologijų centro vadovė, Klaipėdos universiteto Sveikatos mokslų fakulteto Sveikatos tyrimų ir inovacijų mokslo centro vyresnioji mokslo darbuotoja. Mokslinių tyrimų kryptys: visuomenės sveikata, hospitalinės infekcijos, antimikrobinis atsparumas.

Ramunė Kalėdienė, Habilituota biomedicinos mokslų daktarė, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Visuomenės sveikatos fakulteto dekanė, Sveikatos vadybos katedros vedėja, profesorė. Mokslinių tyrimų kryptis: sveikatos netolygumai.

Mindaugas Stankūnas, biomedicinos mokslų daktaras, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto Sveikatos vadybos katedros profesorius ir Griffith'o universiteto (Australija) Medicinos mokyklos profesorius adjunktas. Mokslinių tyrimų kryptys: sveikatos paslaugų prieinamumas ir lyderystė sveikatos priežiūroje.

Gintare Petronytė, doctor of biomedicine, Public health technology centre at Institute of Hygiene. Research interests: health technology assessment, health system research, health policy.

Vaida Aguonytė, Public health technology centre at Institute of Hygiene.

Rolanda Valintėlienė, doctor of biomedicine, Head of Public Health Technology Center at Institute of Hygiene, senior researcher at Health Research and Innovation Science Center of Faculty of Health Sciences of Klaipėda University. Research interests: public health, Health care associated infections, antimicrobial resistance.

Ramunė Kalėdienė, Habilitated Doctor, Dean of Faculty of Public Health, Head of the Department of Health Management, professor, Lithuanian University of Health Sciences. Research interest: health inequalities.

Mindaugas Stankūnas, Doctor of biomedicine, professor, Department of Health Management, Lithuanian University of Health Sciences, and adjunct professor at Health Services Management Department, Centre for Health Innovation, School of Medicine, Griffith University (Australia). Research interests: accessibility of health services and leadership in health care.